44e Année. — N° 48. Vendredi 26 Novembre 1897.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : Eruptions syphilitiques mixtes produites par la gale, par le Dr Sibut, 753. — **Académie des sciences** : *Séance du 15 novembre* 1897. Présidence de M. A. Chatin. — La dentition des ancêtres des tapirs, 756. — **Académie de médecine** : *Séance du 23 novembre* 1897. Présidence de M. Caventou. — Recherche des projectiles dans le crâne, 757. — Rapports de prix, 757. — Gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore, 757. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 19 novembre* 1897. Présidence de M. Debove. — Causes d'erreur dans la glycosurie alimentaire, 758. — Le microbe du rhumatisme, 759. — Corps étranger enclavé pendant un an dans l'œsophage, 759. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 13 novembre* 1897. Présidence de M. Bouloumié, 759. — **Société de chirurgie** : *Séance du 24 novembre* 1897. Présidence de M. Delens, 761. — **Congrès français de Chirurgie**, 11e *session tenue à Paris du 18 au 23 octobre* 1897 (*suite*). — Sur les contusions de l'abdomen (*suite*), 764. — **Nouvelles**, 766.

SYPHILIGRAPHIE

—

Eruptions syphilitiques mixtes produites par la gale (1).

Par le Dr Sibut.

Interne à l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

A voir des éruptions syphilitiques tous les jours, on apprend combien elles sont quelquefois difficiles à surprendre, qu'elles soient éphémères et fugaces ou qu'elles se dissimulent sous quelque autre lésion.

Il n'est pas rare non plus de les voir modifier profondément, en envahissant ses éléments constitutifs, telle éruption d'origine parasitaire ou constitutionnelle développée antérieurement ou synchroniquement à la poussée spécifique.

Les éléments dartreux par exemple sont considérablement influencés par la syphilis ; après avoir reçu comme une excitation, ils revêtent des caractères objectifs et cliniques absolument dissemblables en apparence et pour un œil inexercé ou non prévenu de leurs caractères normaux.

Nous avons eu à maintes reprises l'occasion de constater une variété de ces mélanges éruptifs auxquels Ricord aimait à donner des noms tirés de la nomenclature chimique. Il s'agit des modifications imprimées par la syphilis aux éruptions scabieuses ou post-scabieuses.

Vainement nous avons parcouru tous les ouvrages où l'on traite du sarcopte ; nulle part nous n'avons vu décrites les dermatoses mixtes syphilo-scabieuses qui sont le sujet de ce travail.

Tous les auteurs s'accordent à signaler les éruptions prurigineuses qui se développent après la frotte et qui, écrit Brocq, peuvent se multiplier et récidiver pendant longtemps. Tennesson enseigne qu'en dehors de tout eczéma le prurit persiste pendant des mois et des semaines, accompagné souvent d'une sorte d'éruption : « la pigmentation de la peau, écrit-il, persiste pendant des mois et des années, d'autant plus longue que la durée de la gale a été plus longue. Nous n'avons encore aucun moyen de l'effacer. » Alibert ne s'occupa de l'influence des maladies générales sur la gale que pour signaler l'évanouissement momentané de tous les symptômes de la maladie parasitaire dans le décours de la fièvre typhoïde par exemple, et leur reprise, leur résurrection sitôt la convalescence. Personne ne parle de l'influence réciproque, quant aux manifestations cutanées, de la syphilis et de la gale.

La gale est très fréquente chez les prostituées qui toutes ou presque toutes sont syphilitiques. Nous fûmes surpris de voir à plusieurs reprises des éruptions pigmentées spéciales ou des placards franchement eczémateux, apparus à la suite d'une gale, disparaître sous l'influence d'un traitement mercuriel énergique, comme les injections de calomel, et ce après avoir résisté à toutes les pommades adoucissantes et à tous les onguents lénitifs. Nous examinâmes scrupuleusement les syphilitiques galeuses et nous vîmes que fort souvent, à la suite de la gale, certaines régions du corps, les flancs et les aisselles principalement, quelquefois même tout le tégument se couvraient d'une éruption eczématiforme à prurit violent, à pigmentation considérable, manifestement déterminées sur le tégument sy-

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 13 novembre 1897.

philitique par les toxines de l'acare, mais rebelles à tout autre traitement qu'au traitement spécifique. Réciproquement nous vîmes chez des syphilitiques le cycle spécifique rompu, et l'exanthème secondaire modifié profondément par l'invasion d'une gale, si profondément même que les mercuriaux, quelles que fussent la durée et l'énergie du traitement, étaient impuissants à l'effacer complètement.

L'exactitude de ces constatations objectives nous fut encore plus affirmée par l'observation clinique des deux malades dont les observations sont classées sous les numéros 7 et 8. Chez elles, en effet, à l'aspect de taches de coloration particulière et à disposition spéciale, qui couvraient leur tégument, nous fîmes un diagnostic rétrospectif de gale et syphilis qui fut entièrement confirmé.

Avant de décrire ces éruptions bâtardes, il nous semble intéressant de reproduire les observations qui nous ont appris à les connaître et à les diagnostiquer.

Observation I. — P... Juliette, 23 ans, entre à Saint-Lazare en août 1896 avec le diagnostic de plaques muqueuses buccales. Elle reçoit deux injections de calomel et sort en septembre. Elle rentre en novembre pour la même raison. Elle a la gale. Son tégument est net. Elle est frottée au baume du Pérou et dès le lendemain apparition de taches jaune clair qui se foncent de plus en plus. En quatre jours ces taches ont passé au brun. Elles paraissent surélevées à la vue mais ne le sont pas au toucher. Elles sont toutes orientées suivant une génératrice variable d'après le siège. Sous les bras elles forment comme une ensellure à l'aisselle, allant de la face antérieure de l'épaule à sa face postérieure ou elles débordent un peu sur le dos. Aux seins elles font comme un tourbillon autour du mamelon, ces macules de la dimension d'une pièce de 20 centimes prédominent aux lieux d'élection de l'acare : la ceinture, les seins, les aisselles.

Le 14 décembre il lui est fait une injection de calomel et sous l'influence de cette médication on voit les taches pâlir peu à peu. Le 6 janvier elle quitte le service ne présentant plus que quelques souillures jaunâtres sales à la ceinture et sur les seins.

Obs. II. — B..., 18 ans, entre en août 1896 dans le service de M. Jullien pour des syphilides muqueuses hypertrophiques de la vulve et de l'anus.

Elle a eu un chancre, il y a six mois. Incubation du chancre, trente jours. Durée du chancre, pour lequel elle entre à Broca, quinze jours. Traitement : 4 injections intra-musculaires d'huile grise qui amènent la disparition complète des accidents cutanés. Il y a un mois apparition d'une nouvelle éruption qui, non traitée, persiste à son entrée dans le service.

A ce moment tout le tégument est envahi par une éruption confluente formée de taches arrondies, de coloration brun-bistré plus foncées sur les membres que sur le tronc et le ventre. De ci, de là, on constate l'existence de larges plaques amorphes légèrement squameuses, blanchâtres, donnant l'impression de tissus cicatriciels. Les fesses surtout sont le siège de ces accidents qui leur communiquent une teinte violacée livide. Lésions de grattage universelles dues à un mélange de gale et de phtyriase ; ces lésions mécaniques ont déterminé une légère lichenification de la peau au niveau des plis de flexion des deux coudes.

Nombreux accidents syphilitiques, syphilis pigmentaire du cou, plaques muqueuses, alopécie, etc.

28 août. Baume du Pérou en frictions.

1er septembre. Les démangeaisons persistent, l'état de la peau n'a pas changé.

Le 3. Première injection de calomel.

Le 14. Les plaques blanchâtres disparaissent et les souillures s'amendent. La peau se décolore sensiblement.

Le 23. Deuxième injection de calomel.

Le 28. Troisième injection de calomel.

Le 6 novembre. Les macules qui couvraient le revêtement cutané existent toujours aussi nombreuses, leur teinte s'est cependant affaiblie, elle est jaune brunâtre.

Le 18. 5e injection de calomel.

4 décembre. Le tégument se dépouille de plus en plus.

Le 12. 6e injection de calomel.

Le 21. La teinte de la peau s'est considérablement rapprochée de la normale, en tout cas n'est pas comparable à ce qu'elle était auparavant. De ci, de là persistent seulement quelques traînées jaunâtres.

Obs. III. — B..., 22 ans, entre en août 1896 dans le service de M. Jullien, pour des accidents syphilitiques secondaires des muqueuses gingivales et linguales. Le tégument est absolument vierge de toute souillure. La syphilis remonte à quatre mois et la malade a eu une roséole qui a disparu spontanément. Gale, onction et frictions au baume du Pérou.

Huit jours après, apparition d'une éruption horriblement prurigineuse. Elle est composée de petites élevures acuminées, présentant une légère squame à leur sommet. Ces petites papules sont à certains endroits serrées les unes contre les autres. et font penser à une rougeole boutonneuse excessivement confluente. Ces éléments éruptifs disséminés par tout le corps se concrètent en larges placards licheniformes siégeant au niveau du lieu d'élection par excellence de la gale, la ceinture; au-dessus des aines, dans chaque flanc, s'étaient deux larges placards symétriques d'un rouge vineux reposant sur une base légèrement indurée, surmontés de squames blanchâtres, saillant à la vue et au toucher.

Dès le lendemain ces plaques d'eczéma scabieux et de papules de même origine subissent graduellement la transformation de coloration déterminée par l'appel de la syphilis.

Tous les éléments se foncent en couleur, et quatre jours après leur coloration est franchement brune.

La thérapeutique d'ailleurs démontre bientôt cette spécificité. Un des placards de l'aine est traité par la pommade à l'oxyde de zinc, l'autre par le glycérolé d'amidon.

La malade prend des bains d'amidon quotidiens.

Ce traitement, continué pendant quinze jours, échoue complètement.

L'état des gencives ne permettant pas les injections intra-musculaires, on prescrit des frictions. A la troisième friction, la coloration de tous les éléments éruptifs s'éclaircit, subissant chaque jour une atténuation nouvelle et deux mois après le début du traitement hydrargyrique, le

égument est à peu de chose près complètement nettoyé. On ne distingue même plus la trace des placards ; seulement, de loin en loin, une tache jaunâtre atteste l'existence de l'éruption disparue. Quant au prurigo excessivement pénible, il avait lui aussi graduellement disparu sous l'influence du mercure.

Obs. IV. — C... Anna, 18 ans, entre le 15 octobre 1896 à Saint-Lazare pour des plaques muqueuses labio-linguo-amygdaliennes. Roséole maculeuse généralisée. Papules, palmaires et plantaires, céphalalgie, alopécie, splénonégalie, polyadénie. La syphilis serait vieille de 110 jours environ et n'a jamais été traitée. Le 17 octobre est faite une première injection de calomel.

Le 20 octobre. la malade se plaint de démangeaisons. Nombreux sillons scabieux. Baume du Pérou.

Dans la nuit du 25 au 26 survient une éruption d'apparence aiguë, occupant le bas-ventre au-dessous de la ligne ombilicale, s'allongeant, très confluente, en ceinture.

Dès le lendemain cette éruption se répand discrètement sur le sein droit, les membres supérieurs, les flancs et le dos dans sa partie gauche inférieure.

L'éruption offre l'aspect d'un pointillé paraissant siéger dans les glandes sébacées et formé d'une petite tête purulente surmontant une base indurée d'un rouge ardent, quelques éléments sont traversés d'un follet à leur centre. D'aucuns ont déjà une petite croûte jaunâtre à leur pointe. Aux seins les éléments sont beaucoup plus petits, leur localisation pilo-sébacée s'accentue. Démangeaison très violente au début, cessant spontanément le 20 au soir ; oxyde de zinc, teinture d'iode.

30 octobre. L'éruption, qui est plus confluente au ventre, tend à se modifier quant à la coloration ; elle se brunit nettement, en même temps qu'elle se couvre de squames.

De nouveaux éléments, d'emblée sépia, apparaissent sur les seins et les bras. Tous les éléments se rapprochent du type lichen simple, comme forme, mais ont une coloration bien plus foncée. L'oxyde de zinc en pommade et la teinture d'iode restent sans effet.

7 novembre. Même état ; première injection de calomel.

14 novembre. Il semble que l'éruption diminue légèrement d'intensité, les éléments semblent plus mous et leur coloration moins foncée.

20 novembre. Deuxième injection de calomel. Il n'y a plus rien sur le dos ; les éléments des seins et des bras s'atténuent de plus en plus ; les placards abdominaux à desquamation furfuracée abondante sont actuellement roses légèrement brunâtres. La malade quitte le service le 8 décembre, ne conservant plus que deux taches légèrement pigmentées et rosées au niveau des deux placards abdominaux.

Obs. V. — F... Q... entre à Saint-Lazare, service de M. Jullien, en juin 1896, pour des accidents syphilitiques des muqueuses, et des manifestations gonoccociques génitales diverses. Elle n'a pas de roséole, sa peau est intacte. La syphilis date de dix-huit mois environ. Elle reçoit trois injections de calomel et quitte le service le 17 septembre 1896. Elle y rentre le 29 octobre de la même année avec le diagnostic de vaginite et d'uréthrite. Elle a la gale, pour laquelle elle est frottée avec le baume du Pérou dès son arrivée. Ses accidents syphilitiques amygdaliens ayant disparu, on lui fait, le 7 novembre, une injection de calomel.

9 novembre. Apparition d'une éruption qui se présente sur le dos sous forme de petites taches brunâtres ; sur le ventre et sur les membres sous forme de petites élevures d'un rouge très sombre acuminées et confluentes en placards, dont quatre ont une véritable importance.

a. L'un, dans le pli du coude gauche a la dimension d'une pièce de 5 francs en argent.

b. Un plus large que le premier, affectant la région antérieure de l'aisselle gauche.

c et *d*. Deux autres de près de 10 centimètres carrés environ, à cheval sur les deux aines.

Ces placards, assez semblables à du lichen, desquament par petits furfurs, chacun de leurs éléments constitutifs se découronnant à son sommet. Au niveau des plis de flexion, qu'ils ont respectés, ils sont brusquement coupés. La lésion est essentiellement sèche. Par transparence on voit le derme sous-jacent coloré en bleu ardoisé. Il semble, à la palpation, légèrement induré. Le prurigo est intense. Les jours suivants peu à peu la coloration des taches se modifie, elle s'assombrit et passe au violet brun excessivement sombre.

Le traitement employé est la pommade à l'oxyde de zinc.

Au mois de janvier, la malade quitte le service sans que cette médication ait amené de grands résultats. L'acuité des lésions a disparu, mais, en revanche, elles se sont formidablement pigmentées.

Obs. VI. — Th... (Suzanne), 18 ans, entre à Saint-Lazare avec le diagnostic de gale en avril 1897. Sillons d'origine scabieuse des plus nets. Le corps entier est couvert d'une éruption echtymateuse et dénotant irrécusablement une gale invétérée, datant au moins d'un mois au dire de la malade. Nous constatons des éruptions pustuleuses, des croûtes hémorrhagiques, notamment sur la poitrine, le ventre et les reins. Le ventre, les flancs, l'hypogastre, les reins, les omoplates, la partie antérieure du tronc sont couverts de taches ellipsoïdes brun clair, toutes orientées suivant deux systèmes : 1° elles enserrent le corps en ceinture ; 2° partant des omoplates, en dessinant des courbes élégantes, elles franchissent les flancs et les aisselles pour remonter ensuite sur la poitrine, les reins, et, enfin, se fusionner sur la région sternale. Elles dessinent absolument un corset. Elles sont prurigineuses. Cette femme nie les antécédents syphilitiques et rien, à l'examen clinique, ne permet de déceler la vérole. Elle a bien des ganglions aux aines, aux aisselles, au cou, le long de la chaîne carotidienne, mais les lésions de grattage sont suffisantes pour les expliquer. Baume du Pérou.

A la suite du traitement anti-galeux les démangeaisons s'atténuent légèrement. Pendant deux mois la femme est observée sans que l'éruption change de caractère et sans qu'une lésion quelconque vienne permettre l'affirmation de la syphilis.

Instruit par les malades observées antérieurement, nous proposons à notre maître, M. Jullien, de soumettre la femme aux injections de calomel, convaincu que nous étions qu'il s'agissait d'une éruption syphilo-scabieuse qui céderait promptement aux mercuriaux.

Le 30 juin est faite la première injection et, dès les

jours suivants, l'éruption pâlit manifestement. Le 9 juillet, le 26 juillet, le 7 septembre de nouvelles injections sont pratiquées.

Le 10 septembre, M. Jullien notait lui-même sur la feuille d'observation : « La peau est maintenant admirable de blancheur et de netteté en comparaison de ce qu'elle était. » Toute la pigmentation avait, en effet, disparu ; seule la disposition en corset des anciennes macules était encore rendue visible par des salissures jaunâtres.

Passant quotidiennement la visite des filles en carte, nous eûmes l'occasion de voir deux fois des malades atteintes d'éruptions syphilo-galeuses et qui d'ailleurs assurèrent par leurs renseignements l'exactitude du diagnostic rétrospectif que je portai à cette occasion. Voici la description clinique de ces deux malades.

Obs. VII (septembre 1897). — Eugénie H..., âgée de 18 ans 1/2, a eu la gale en fin juillet 1897, et a eu en fin juin des accidents spécifiques dont deux piqures d'huile grise ont triomphé.

Porte un corset de taches brun clair, à orientation spéciale.

L'entre-selle des aisselles est occupée également par des stries formées de taches de même nature et de même coloration dont quelques groupes forment un plastron au devant de la poitrine. A sur les cuisses d'énormes taches pigmentées, vestiges évidents de placards lichéniformes de syphilo-gale. Le tégument de cette malade est en outre porteur d'un psoriasis palmaire syphilitique bilatéral.

Obs. VIII (septembre 1897). — Ch... Marie, 21 ans, syphilis datant de deux ans, gale en avril 1897. A suivi un traitement pilulaire pendant huit mois et a reçu cinq injections d'huile grise.

Un corset encore excessivement net formé de taches ellipsoïdes jaune à peine brunâtre. Sur la poitrine et à la ceinture les taches sont plus foncées. Le dessous des bras et les moignons des épaules sont souillés par la lésion ordinaire. Les bras sont tigrés de taches très brunes, les cuisses sont indemnes. Il n'y a pas vestige de placards lichéniformes.

Ces éruptions syphilo-scabieuses sont assez fréquentes puisque en moins de un an nous avons pu, dans un service spécial il est vrai, en réunir 8 exemples. Encore est-il juste d'ajouter que nous avons choisi les plus démonstratifs, laissant de côté les cas frustes ou légers.

Il ressort de la lecture de ces observations que cette dermatose mixte syphilo-scabieuse se manifeste suivant deux dispositifs morphologiquement dissemblables, mais à type personnel parfaitement défini, et qui sont soit de larges placards lichéniformes, soit une maculodermie diffuse. 1° Les placards composés de petites papules acriminées et agminées, surmontées d'une petite squame, et rarement, d'une petite croûte, de coloration d'abord rouge vineux foncé, passant ensuite au bistre et à la teinte sépia foncé, à base quelque peu indurée, saillant à la vue et au toucher, siégeant principalement au ventre, au-dessus des aines et quelquefois sur la face de flexion des membres. Dans ce cas il est à noter que les plis de flexion sont épargnés.

2° L'éruption maculeuse diffuse est formée de taches nombreuses ellipsoïdes, de coloration jaune brun, non saillantes au toucher, répandues inégalement sur le corps, tandis que la face et les membres, ainsi que le cou sont respectés ; la ceinture, le dos surtout dans les régions scapulaires, les aines et la partie antérieure du tronc sont les points où l'éruption atteint son maximum de confluence. Les taches ne sont pas répandues au hasard. A la ceinture elles forment une nappe circulaire un peu plus confluente en avant qu'en arrière. Sur le tronc elles affectent une disposition particulière rappelant le corset féminin. Partant en effet des seins et de la région thoracique antérieure, elles gagnent les régions scapulaires en décrivant des courbes régulières dont le rayon augmente au fur et à mesure qu'elles s'éloignent des aiselles. Aux épaules enfin, où presque constamment en existe un groupe particulier, elles vont en passant au dessous de l'articulation, de la face antérieure du moignon de l'épaule, s'épanouir sur sa face postérieure et la partie toute avoisinante du dos. Les placards sont horriblement prurigineux, l'éruption maculeuse diffuse est absolument indolente.

Très brèves seront nos conclusions il ressort de ces 8 observations plusieurs remarques intéressantes pour le pathologiste et surtout le clinicien.

1° Les éruptions déterminées par la gale, généralement bénignes chez les sujets sains, sont beaucoup plus tenaces chez les syphilitiques.

2° Les éruptions cutanées attestant ce mélange toxidermique sont de deux sortes :

a des placards lichéniformes papulo-squameux;

b des éruptions maculeuses diffuses à prédominance et orientation spéciales.

3° Ces manifestations toxidermiques sont rebelles aux agents ordinairement employés, oxyde de zinc, teinture d'iode et lénitifs, et ne cèdent qu'à une médication mercurielle intense.

4° Ces accidents cutanés peuvent dissimuler la syphilis ; on sera mis sur la voie du diagnostic par leurs caractères morphologiques propres et leur résistance aux agents thérapeutiques ordinaires.

5° Il peut exister chez les galeux des éruptions spécifiques prurigineuses. Le prurit ne saurait donc dans certains cas, rares il est vrai, faire éliminer le diagnostic de syphilis.

6° Tout syphilitique contractant la gale doit être prévenu des dangers que court son tégument.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 novembre 1897. — Présidence de M. A. Chatin.

M. Albert Gaudry, en présentant à l'Académie une note paléontologique, s'exprime en ces termes :

J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie une note sur la den-

tion des ancêtres des Tapirs. Notre confrère M. Filhol a it d'intéressantes recherches sur ces animaux. L'étude mparative de leurs dentitions me semble confirmer la oyance que les mammifères ont eu à l'origine des dents olaires moins compliquées, plus petites que de nos jours. eur complication, leur agrandissement se sont produits ccessivement pendant que se déroulaient les temps ter- aires. On observe des passages insensibles entre les pré- olaires supérieures qui sont triangulaires et n'ont qu'une ule crête antérieure, celles ou apparaît un rudiment du enticule interne de la crête postérieure, celles où se montre n rudiment du denticule médian de la même crête celles ù ces rudiments se sont développés et unis, celles où les eux crêtes sont devenues semblables et chez lesquelles la rme est tout à fait quadrangulaire. Des changements nalogues ont été signalés par les savants américains sur s fossiles tertiaires.

Dire que les mammifères vivant de végétaux avaient au- refois des mâchoires où la surface de mastication était oindre que chez les animaux actuels, c'est dire que sans oute ils consommaient moins d'aliments. Dans mon *Essai e Paléontologie philosophique* présenté l'année dernière à Académie, j'ai tâché de montrer que l'activité des êtres vait augmenté successivement à la surface du globe; les nimaux herbivores n'étaient pas, au commencement de ère tertiaire, de grands coureurs comme ceux d'aujour- hui. Il semble que l'augmentation de leur activité a été n proportion de l'augmentation de force que leur a donnée ne plus abondante alimentation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 novembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

La correspondance comprend des lettres de MM. Gabriel Pouchet et Burckel qui se portent candidats dans la section de physique et chimie médicales.

M. Landouzy, à propos de la communication de M. Le Damany dans la dernière séance, réclame la priorité de la pathogénie tuberculeuse univoque de la pleurésie séro-fibrineuse considérée par lui, depuis nombre d'années, comme fonction exclusive de tuberculose et représentant une des formes les plus typiques de la tuberculose locale.

Recherche des projectiles dans le crâne. — M. Marey présente de la part de MM. Rémy et Contremoulin une nouvelle note sur la recherche par la radiographie des projectiles situés à l'intérieur du crâne. Dans deux cas, M. Rémy a pu, avec les données et avec l'appareil de M. Contremoulin, arriver directement sur le projectile; l'un des malades était dans le service de M. Rémy à la maison de Nanterre, l'autre dans le service de M. le professeur Le Dentu.

M. Le Dentu. J'étais d'abord, il y a trois ans, très opposé à la recherche des projectiles dans le cerveau; on ne pouvait jamais être certain de la position du projectile et nous étions d'ailleurs trompés par les localisations cérébrales: la balle, après avoir lésé un centre moteur, pouvant aller se loger en un point très éloigné du premier, mais l'invention de l'appareil de M. Contremoulin a absolument bouleversé mes idées à ce sujet. Les expériences faites à l'école pratique au moment du Congrès de Chirurgie m'ont beaucoup frappé. Peu de temps auparavant, j'avais reçu, dans mon service, un malade qui s'était tiré un coup de revolver dans la tempe droite. M. Remy et M. Contremoulin ont fait la recherche du projectile sur le malade et m'ont remis une note d'une précision remarquable. On pouvait affirmer que le projectile se trouvait à 14 ou 16 millimètres de profondeur sous la couche cérébrale correspondant à un point indiqué. Il fallait d'autant plus que ma confiance fut solide que le malade ne présentait aucun trouble. Il ne faut d'ailleurs pas se fier à la bénignité apparente de ces traumatismes; beaucoup de ces malades peuvent succomber à des complications longtemps après l'accident.

L'opération chez mon malade a été faite il y a huit jours; le projectile a été trouvé exactement au point indiqué par l'appareil et aujourd'hui le malade est absolument bien.

L'appareil de M. Contremoulin a donc opéré une véritable révolution dans cette partie de la chirurgie.

Rapports de prix. — M. Laborde lit un rapport sur le concours du prix Bourceret.

M. Mégnin lit son rapport sur le concours du prix Barbier.

Gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore. — M. Tuffier. J'ai pratiqué cette opération huit fois pour sténose pylorique non cancéreuse compliquée dans un cas d'estomac biloculaire.

Tous ces malades (sauf deux) ont été suivis et traités pendant des mois et des années par un de nos maîtres des hôpitaux dont la compétence en matière de pathologie gastrique est absolument indiscutée. C'est l'échec bien avéré de toute thérapeutique médicale qui l'a conduit à me les adresser en désespoir de cause. Chez tous le diagnostic de sténose pylorique ou sous-pylorique avait été porté. Un seul de mes malades a succombé à une hémorragie intestinale au dixième jour. Ils ont été suivis de trois mois à quatre ans après leur guérison opératoire, et tous ont gardé une santé parfaite qui ne s'est pas démentie.

Le manuel opératoire auquel je me suis arrêté dans ces opérations est la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique pratiquée au point le plus déclive de l'estomac. J'ai renoncé aux procédés antérieurs simples ou modifiés; ils offrent moins de sécurité sans être d'une exécution plus facile que la gastro-entérostomie postérieure. Je ne me suis jamais servi des boutons anastomotiques, ni des méthodes d'écrasement. Une bonne suture me paraît le plus simple et le meilleur agent d'anastomose. Quelques précautions suffisent pour garantir le péritoine tout en ouvrant délibérément l'intestin. Je suis arrivé à pratiquer l'opération tout entière, fermeture de l'abdomen comprise, en moins de 30 minutes. Cette rapidité me paraît suffisante pour garantir contre les accidents de dépression post-opératoire si redoutables chez ces malades qui nous arrivent généralement en état de cachexie avancée.

Je n'insisterai pas sur la recherche du jéjunum; elle est extrêmement facile. Deux faits sont plus importants : la nécessité de faire une bouche de dimension suffisante, l'indication de faire cette bouche dans un point bien déclive.

L'indication opératoire, dans tous ces cas, a été la même : signes de sténose pylorique extrinsèque ou intrinsèque, dont les principaux sont les vomissements, les douleurs, la dilatation gastrique et la constatation, le matin à jeun, de liquides résiduels dans l'estomac. C'est, en un mot, la rétention alimentaire stomacale rebelle à toute thérapeu-

tique judicieuse, et amenant le malade à l'amaigrissement rapide et à la cachexie.

Pendant la laparotomie j'ai été, comme tous les chirurgiens habitués au traitement des affections de l'estomac, frappé de l'impossibilité de faire le diagnostic entre un néoplasme stomacal et une simple induration inflammatoire. Même la pièce en main, ce diagnostic peut être impossible. Il aurait pourtant, à mon avis, une importance capitale, non pas seulement pour établir un pronostic, mais pour choisir le mode d'intervention. La gastro-entérostomie est, en effet, merveilleuse quand on est en présence d'un tissu de cicatrice, mais s'il s'agit d'une lésion néoplasique elle peut céder le pas à une intervention plus radicale.

Les résultats opératoires ont été très satisfaisants.

Pour les résultats thérapeutiques, je me base sur l'état des fonctions de l'estomac après l'opération et sur l'état général des malades. Chez tous mes malades, l'état douloureux qui, depuis plusieurs mois ou plusieurs années, rendait tout travail impossible, a complètement disparu. Les vomissements ont cessé instantanément, les malades qui ne supportaient que du lait peuvent, après l'opération, suivre le régime habituel des hôpitaux. Ce résultat peut n'être pas immédiat et pendant une à deux semaines les opérés peuvent encore avoir quelques pesanteurs gastriques, mais le résultat définitif est parfait. Ils reprennent leur embonpoint normal.

Il semble donc que dans ces sténoses toute la maladie réside dans la rétention stomacale : dès qu'elle a cessé les troubles s'évanouissent et la guérison ainsi obtenue se maintient. Je crois donc que la gastro-entérostomie dans les rétentions stomacales rebelles à tout traitement médical, quelles qu'en soient les origines, est une opération très recommandable, et par sa bénignité, et par ses résultats thérapeutiques.

A 4 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports de prix lus en séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 novembre 1897. — Présidence de M. Debove.

Causes d'erreur dans la glycosurie alimentaire. — MM. Achard et Castaigne. L'épreuve de la glycosurie alimentaire, dont la base physiologique est bien établie, donne pourtant en clinique des résultats incertains. La physiologie, pour estimer la quantité de sucre que le foie est capable de retenir, compare le sucre qui pénètre dans le foie à celui qui en sort. Le clinicien compare deux termes tout autres : 1° le sucre *ingéré* et non le sucre *absorbé*; le sucre *qui sort du rein* et non celui *qui sort du foie*. On conçoit, d'après cela, que trois facteurs puissent intervenir pour fausser les résultats de l'épreuve. Ce sont : 1° un vice d'absorption de la muqueuse digestive; 2° un état spécial des tissus qui les rend capables de détruire une quantité plus ou moins grande de sucre (glycolyse extra-hépatique); 3° une perméabilité rénale défectueuse.

Les *troubles de l'absorption gastro-intestinale*, en prolongeant le séjour du sucre dans le tube digestif, facilitent sa destruction par les fermentations, le sucre étant, d'ailleurs, éminemment altérable par les microbes. Les *troubles de l'élimination rénale*, en prolongeant le séjour du sucre dans le sang, facilitent aussi sa destruction par les tissus de l'organisme.

Il est possible de mettre cliniquement en évidence ces deux causes d'erreur. Nous avons indiqué précédemment l'emploi du bleu de méthylène en injection sous-cutanée pour déceler les troubles de la perméabilité des reins, d'après le temps au bout duquel se fait le passage de la matière colorante dans l'urine. On peut, d'une manière analogue, estimer l'état de l'absorption en faisant ingérer le bleu de méthylène à la même dose de 0,05 centigr. Lorsqu'on veut faire cette double exploration, il est avantageux de commencer par l'ingestion du bleu, car si la matière colorante apparaît dans l'urine dans le délai normal de la première heure, cette épreuve unique aura démontré du même coup l'intégrité de l'absorption et celle de l'élimination.

Quant au *pouvoir de fixation et d'utilisation du sucre* que possèdent les tissus, on ne peut l'évaluer cliniquement. Mais peut-être le pouvoir glycolytique du sang en donne-t-il une idée approchée. Nous avons donc recherché si les variations de ce pouvoir glycolytique, chez 27 sujets non glycosuriques, étaient suffisamment importantes pour pouvoir, à elles seules, fausser les résultats de l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Nous croyons pouvoir écarter cette cause d'erreur, et il ne nous a pas semblé que l'augmentation de la glycose sanguine put entraver sérieusement l'apparition du sucre ingéré dans l'urine, ni que la diminution de cette glycolyse pût la produire en l'absence d'altération du foie.

Au contraire, les troubles de l'absorption et de l'élimination méritent d'être pris en considération. Chez un sujet sain, la dose minima de sucre qu'il faut ingérer pour produire la glycosurie(glycosurie vraie ou saccharosurie), dose que nous appellerons le *minimum d'ingestion*, varie, d'après nos recherches, entre 200 et 300 grammes de sirop de sucre (soit 133 à 200 grammes de saccharose). Par conséquent, la dose qu'il conviendra d'employer pour explorer les fonctions du foie sera un peu inférieure à cette limite, soit 150 grammes de sirop (100 grammes de saccharose). C'est, d'ailleurs, la dose généralement usitée, et nous avons pu produire avec elle la glycosurie chez neuf malades atteints de troubles hépatiqnes, mais indemnes de troubles de l'absorption et de l'élimination. Il n'en est pas de même lorsque l'absorption est défectueuse. Le minimum d'ingestion s'élève alors si le foie est intact; il ne s'abaisse pas si le foie est malade. Chez trois sujets atteint de cancer du pylore et du duodénum, avec intégrité histologique de la cellule hépatique, la glycosurie ne s'est produite qu'après l'ingestion de 350 et 400 grammes de sirop. Chez deux malades ayant des lésions cellulaires du foie, il a fallu donner 300 et 400 gr. de sirop pour l'obtenir.

Les mêmes résultats s'observent si la perméabilité rénale est diminuée. Nous avons vu alors, chez le sujet, le foie étant intact, le minimum d'ingestion s'élever à 350 et 400 grammes de sirop de sucre; et chez trois autres dont le foie était malade, ce minimum s'est maintenu à 250 et 300 grammes.

Enfin, les troubles de l'absorption se combinant à ceux de l'élimination, il a fallu, malgré des lésions hépatiques très prononcées, donner, chez deux sujets, 350 et 450 gr. de sirop pour produire la glycosurie.

On voit donc que les troubles de l'absorption et de l'élimination peuvent entraver notablement le phénomène de

à glycosurie alimentaire et qu'il convient de s'assurer, dans les cas où l'épreuve donne un résultat négatif, de ses fonctions, ce qui est possible au moyen de procédés cliniques assez simples.

Le microbe du rhumatisme. — MM. Triboulet, Covon et Adoc ont recueilli dans le service de M. Variot, à l'hôpital Rousseau, une observation de rhumatisme avec chorée.

L'autopsie, l'examen bactériologique leur a permis de contrôler d'une façon complète les recherches de M. Thiroloix sur la bactériologie du rhumatisme.

L'autopsie a eu lieu environ trente-six à quarante heures après la mort. Les ensemencements ont été faits sur bouillon et sur lait stérilisé, et les cultures ont été, les unes aérobies, les autres anaérobies. On s'est servi, pour les ensemencements, de liquide pleural, de sérosité péricardique, du sang de la veine cave inférieure, d'un fragment de valvule mitrale, et d'un segment de moelle lombaire.

Se réservant de revenir en détail sur l'étude bactériologique de cette observation, les auteurs établissent les résultats suivants : *a*) le liquide pleural n'a fourni aucune culture appréciable ; *b*) le liquide péricardique a fourni, en culture anérobie, des colonies assez nombreuses de staphylocoques ; *c*) le sang de la veine cave, le fragment de valvule et le segment de moelle ont *seuls* donné, et *en culture anaérobie seulement*, sur lait stérilisé, les résultats typiques à savoir :

1° En dix-huit heures environ, fermentation intense aboutissant à la séparation du lait en deux parties, l'une séreuse, l'autre représentant une émulsion grasse à grosses bulles solidifiées, d'aspect alvéolaire, tout à fait caractéristiques, ainsi qu'on peut le voir par comparaison avec une culture type fournie par M. Thiroloix.

La fermentation du lait a pour résultat le dégagement d'une odeur butyro-caséeuse franche, qui ne présente aucune nuance de fétidité. Le développement gazeux est assez fort parfois pour briser le tube.

Sur lamelles, on colore aisément de gros bacilles, les uns courts et trapus, les autres un peu plus larges, rappelant bien les aspects polymorphes de la bactéridie charbonneuse mais toujours avec un volume plus considérable que celle-ci. Ce microbe supporte le Gram-Weigert ;

2° 2 cc. de culture en injection intra-musculaire, dans la cuisse d'un cobaye, ont amené la mort de l'animal en vingt-neuf heures, avec formation, au pli de l'aine, d'une vaste collection séro-œdémateuse (constatation analogue à celles de Thiroloix).

Il y aura lieu de poursuivre expérimentalement la série d'inoculations indiquées par Thiroloix sur le cobaye et sur le lapin, pour réaliser les lésions endocardiques, péricardiques et pleurales que cet auteur a reproduites.

Toujours est-il qu'actuellement il nous a été possible d'isoler sur le cadavre, *quarante heures après la mort*, le bacille décelé par Thiroloix cinq fois dans le sang de cinq rhumatisants vivants, ce qui prouve que le microbe isolé par nous n'est vraisemblablement pas un vulgaire microbe de la putréfaction.

Notre observation, déjà fort importante comme venant la première à titre de contrôle, prend, nous semble-t-il, un intérêt plus spécial encore du fait de la coïncidence, chez le sujet observé, d'un rhumatisme et d'une *chorée*. De semblables constatations, si elles se reproduisent, et s'il peut s'y ajouter le fait de la présence *in situ* dans les centres nerveux du microbe signalé, fixeront enfin cette question encore douteuse pour bon nombre d'auteurs, des rapports étiologiques si saisissants de la chorée avec le rhumatisme.

Corps étranger enclavé pendant un an dans l'œsophage. — M. Variot. Un enfant de dix mois avait avalé une petite plaque de zinc de dix centimètres de longueur, à bords mousses, provenant d'un hochet d'osier. Le corps étranger resta dans l'œsophage pendant un an sans être diagnostiqué par les différents médecins qui virent l'enfant, et durant cette période il ne donna lieu qu'à des accidents peu marqués ; par instant l'enfant était pris de quintes de toux et sa respiration était gênée, mais, fait capital, il ne pouvait avaler que le lait de sa mère ; les bouillies, les œufs ne pouvaient être ingérés. L'enfant a fini par rejeter spontanément le corps étranger.

Cette observation prouve qu'un corps étranger peut rester enclavé dans l'œsophage sans occasionner de désordres et sans produire aucun phénomène pouvant sûrement faire diagnostiquer sa présence.

M. Variot rapporte également l'observation d'un nourrisson de huit mois qui avala un tube court de O'Dwyer et ne le rendit pas, contrairement à ce qui se passe généralement dans les cas de ce genre. Cet enfant a été radiographié et l'on a pu constater que le tube était fixé dans le duodénum. Le corps étranger, jusqu'ici, n'a produit aucun trouble sérieux ; l'enfant vomit cependant quelquefois.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 novembre 1897. — Présidence de M. Bouloumié.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — Bulletin de la Société de Tempérance. — Clinique mensuelle de médecine et de chirurgie de Montréal. — Det medicinski Selskab i Kobenhavn. — Transmission de la syphilis à la troisième génération par le Dr George Ogilvie. (M. Buret veut bien se charger d'analyser le travail de M. George Ogilvie).

Correspondance manuscrite. — Lettres de MM. Voisin et Abadie s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. — Lettre de M. Enrico Stassano remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant. — Une lettre de M. le Dr Anastasius accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté).

Le secrétaire général annonce à la Société qu'il a transmis l'ordre du jour voté à la dernière séance au Dr Laporte par l'intermédiaire de maître Henri Robert, et fait part des réponses qu'il a reçues de maître Henri Robert et de M. Laporte.

M. Bouloumié donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de la *Société médico chirurgicale*. Cette Société fondée en 1805, et comptant 85 membres titulaires, demande a opérer sa fusion avec la *Société de médecine de Paris*. Renseignements pris, cette fusion ne changerait rien au fonctionnement essentiel de la Société de médecine de Paris ; le nom serait conservé, il ne s'agirait que d'apporter une légère modification aux statuts pour augmenter dans une certaine mesure le nombre des membres titulaires. En conséquence M. Bouloumié se déclare favorable à la proposition et demande à la Société de nommer une commission pour étudier la question.

Une discussion générale s'engage sur la question.

M. Dubuc rappelle qu'une demande semblable a été faite par la *Société de médecine pratique*, et que cette demande a été rejetée après un examen très sérieux de la question. Il propose de ne pas prendre en considération cette nouvelle demande.

M. Christian demande que la Société se conforme pour l'examen de cette demande à la procédure indiquée par les statuts.

M. de Beauvais est opposé à toute fusion pouvant entraîner une augmentation du nombre des membres titulaires. Plus une Société est nombreuse, moins les rapports confraternels y sont sérieux et intimes, et en augmentant dans une grande proportion le nombre des membres titulaires, on diminuerait l'union familiale qui est un principe de la Société de médecine de Paris.

M. Gillebert Dhercourt craint que le fusionnement n'augmente considérablement les ordres du jour. Actuellement la Société de médecine de Paris remplit largement deux séances par mois ; avec le fusionnement il faudrait quatre séances par mois.

M. Ladreit de la Charrière rappelle qu'il s'est particulièrement opposé à la fusion avec la *Société de médecine pratique*, et cependant à cette époque la Société de médecine de Paris, se trouvait dans une situation précaire, et on pouvait considérer la fusion comme un moyen de salut. Aujourd'hui, par ses seuls efforts, la *Société de médecine de Paris* se trouve dans une situation plus favorable, et s'il ne trouve aucune objection à faire à la fusion au point de vue des personnes, M. Ladreit de la Charrière s'y montre néanmoins opposé au point de vue du nombre.

M. Martin Durr fait observer que, d'après les statuts, on ne peut nommer une Commission que s'il y a une proposition de prise en considération signée par cinq membres.

M. Desnos propose de mettre fin à cette discussion générale qui s'égare sur le fond même de la question qui doit être soumise à l'étude d'une Commission.

M. Jullien dépose une demande signée par cinq membres, tendant à la prise en considération et à l'étude de la proposition faite par la Société médico-chirurgicale, et la Société décide de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance l'examen de cette demande et la nomination d'une Commission.

M. Guépin. 1° J'ai l'honneur de déposer sur le bureau un ouvrage de M. le Dr P. Lozé (de Paris), sur *l'Orchite des prostatiques* (1).

L'Orchite des prostatiques, dont la synonymie est riche, n'est qu'à peine étudiée dans les manuels classiques. Elle méritait cependant une monographie où l'auteur établit avec l'historique, la pathogénie, l'étiologie et le traitement d'une affection si fréquente. Le Dr Lozé, mon assistant depuis 1894 et mon ami, a choisi cette question pour sujet de thèse devant la Faculté de Paris. Je dirais tout le bien que je pense de son travail, si je ne craignais, en trouvant dans ce mémoire l'écho de mon modeste enseignement, de paraître me décerner indirectement un éloge que le Dr Lozé seul a mérité.

2° J'ai l'honneur de vous présenter la *Canule urètrale à double courant* que je viens de faire fabriquer par M. Collin.

C'est un cylindre de cristal de sept centimètres de longueur environ et de douze millimètres de diamètre. Une des extrémités porte un ajutage destiné à recevoir le tube d'un laveur quelconque ; l'autre est conique, percée d'un trou au sommet, et creusée sur une face d'une gouttière à bords arrondis.

Le courant de liquide, qui sort par l'orifice de la canule, trouve une voie de retour dans cette gouttière, analogue à celle que présente la sonde utérine de Budin. Le volume et la forme de l'extrémité de l'instrument font que celui-ci ne peut être introduit profondément dans le méat et la gouttière dirige le liquide qui revient vers le récipient destiné à le recevoir.

Ainsi, le malade livré à lui-même ne peut laver que l'urètre antérieur ; il évite de tacher ses vêtements par l'éclaboussure du liquide, comme cela a lieu avec toutes les canules non munies d'une cloche. La simplicité de l'instrument facilite son asepsie et, détail qui a son importance, assure la modicité de son prix.

M. Dubuc. — **Rapport sur un travail de M. le Dr Duquaire, de Lyon** (*Exposé d'un nouveau principe de traitement de la blennorrhagie*) **lu à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.** Messieurs. Je viens, au nom d'une Commission dont je fais partie avec MM. Martin, Durr et Grasset, vous rendre compte d'un travail intitulé : *Exposé d'un nouveau principe de traitement de la blennorrhagie*, qui nous a été lu dans la dernière séance par M. le Dr Duquaire, de Lyon, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de notre Société.

Notre confrère a voulu apporter sa part contributive au traitement d'une affection qui, trop souvent encore, résiste à nos efforts thérapeutiques, alors que théoriquement et depuis que son origine microbienne a été bien démontrée, elle devrait être jugulée sans difficulté par les antiseptiques. Il nous sera facile de comprendre le principe sur lequel repose sa méthode, en nous reportant aux constatations récentes, relatives à la façon dont se comporte le gonocoque vis-à-vis de la muqueuse uréthrale, aux diverses périodes d'évolution de la blennorrhagie.

A la première période, d'*abortivité*, caractérisée cliniquement par une douleur nulle ou à peu près nulle, un écoulement séreux ou séro-muqueux peu abondant, le gonocoque n'occupe encore que la couche superficielle de l'épithelium uréthral. Il serait alors facile de l'atteindre et de le détruire, au moyen d'injections dites abortives ; malheureusement cette période ne dure que quelques heures et les phénomènes en sont si peu accusés que le malade ne les remarque pas ou les néglige, si bien que le médecin n'est pour ainsi dire jamais consulté à ce moment et que, lorsqu'on a recours à lui, la deuxième période a déjà commencé.

Celle-ci, que notre confrère désigne sous le nom de période d'*irrépressibilité*, parce que les moyens abortifs échouent toujours, est caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par ce fait que le gonocoque, au lieu de rester cantonné dans la première assise des cellules épithéliales de la muqueuse uréthrale, a gagné les autres assises plus profondes ; les moyens dirigés contre lui ne peuvent plus l'atteindre que partiellement.

Cette période a une durée qui varie, suivant les cas, de trois à six semaines.

La 3e période dite de *répressibilité* se reconnaît à l'amendement des symptômes douloureux, au changement d'aspect de l'écoulement, qui, de franchement purulent, devient séro-purulent.

(1) Dr P. Lozé. *De l'Orchite des prostatiques*, Paris, 1897 ; Jouve, éditeur.

A ce moment, la suppuration a ramené les gonocoques es couches épithéliales profondes vers la surface ; ils peuent être de nouveau atteints par les injections et les autres ioyens dont l'expérience a démontré l'efficacité.

C'est la période curative de la blennorrhagie, celle où, onvenablement traitée, elle disparaît au lieu de tourner à chronicité.

Il existe enfin des cas où l'évolution s'est faite, malgré ut, vers la chronicité ; le gonocoque occupe des plans op profonds pour qu'on puisse l'atteindre ; on cherche ors à provoquer de la suppuration par des injections irrintes, de façon à ce que, ramené à la surface de la muueuse, il devienne justiciable des préparations antiseptques.

Ceci bien établi, M. Duquaire s'est efforcé de trouver un rocédé efficace pour atteindre et détruire le gonocoque, ême lorsqu'il occupe les assises profondes de l'épithélium réthral ; en un mot, il s'est donné pour objectif de guérir pidement la blennorrhagie à ses diverses périodes.

Il a songé, dans cet ordre d'idées, à recourir aux corps olatils, qui ont la propriété de traverser avec facilité les embranes de revêtement... Le principe de la méthode st le suivant, je cite ses propres expressions :

« Aller atteindre et détruire le gonocoque à quelque prondeur qu'il soit dans l'épaisseur de la muqueuse, sans ndommager cette muqueuse, soit à l'aide d'un antiseptique volatile, soit à l'aide d'un gaz antiseptique dissous ns un liquide. »

Après avoir hésité entre divers corps volatils qui lui paissent susceptibles de remplir le programme indiqué il donné la préférence au salicylate de méthyle ou éther éthyl-salicylique, liquide incolore, d'une odeur agréable, énétrante et persistante.

Il entre dans la proportion de 90 p. 100 dans l'essence Wintergreen, que les pharmaciens délivrent communément à la place du salicylate de méthyle, mais à tort, attendu qu'elle contient des produits irritants.

Le salicylate de méthyle a été beaucoup employé les rniers temps pour le traitement externe des rhumatismes même des douleurs, en général, de quelque nature u'elles soient ; c'est un très bon calmant de la douleur.

A Lyon, MM. Linossier et Lannois ont particulièrement udié la facilité d'absorption de ses vapeurs par la peau ine ; ils ont constaté que les urines commençaient à en ntenir une demi heure après l'application cutanée.

Il était à prévoir, d'une part, que ce corps traverserait ec une grande facilité la muqueuse de l'urèthre et, d'aue part, qu'il aurait des propriétés anti-blennorrhagiques, raison de sa parenté avec d'autres corps, dérivés également de l'acide salicylique : salol, salicylate de soude et ec l'acide salicylique lui-même.

M. Duquaire s'est servi pour son premier malade, placé ns le service de M. le professeur Bondet, à Lyon, de la rmule suivante :

Huile de vaseline.....	100	grammes.
Sous-nitrate de bismuth..	20	—
Salicylate de méthyle.....	1	—

Trois injections par jour.

Le malade, arrivé à la troisième semaine de la blennorragie avec écoulement jaune verdâtre très abondant, a été complètement guéri au bout de cinq jours, mais après avoir fait le traitement un jour et demi seulement.

Après divers essais dans lesquels la dose de salicylate de méthyle avait été portée jusqu'à 4 p. 100, dose reconnue trop forte, M. Duquaire s'est arrêté définitivement à la formule suivante :

Vaseline liquide.....	100	grammes.
Sous-nitrate de bismuth..	20	—
Salicylate de méthyle.....	2	—

Il est nécessaire de spécifier sur l'ordonnance salicylate de méthyle et non essence de Wintergreen, pour les raisons indiquées ci-dessus.

Il est indispensable pour obtenir un bon résultat de se conformer *strictement* aux règles suivantes :

1° L'injection doit se faire après miction, dans le décubitus dorsal, les jambes un peu écartées, la tête reposant sur un coussin, dans la résolution musculaire aussi complète que possible ;

2° L'instrument à employer est la seringue sans bec, à embout conique, afin d'éviter tout traumatisme de l'intérieur du canal. La quantité de solution à injecter ne doit pas dépasser 4 à 5 cc. La solution doit être agitée immédiatement avant l'emploi et l'injection poussée avec douceur ;

3° L'injection sera gardée environ un quart d'heure. Au bout de ce temps, le patient laisse échapper le trop plein de son canal, mais en se gardant bien de provoquer l'expulsion de ce qui ne sort pas spontanément ; il recouvre alors l'ouverture de l'urèthre au moyen d'un peu de coton passé sous le prépuce, afin de retenir le plus possible les particules de poudre inerte, chargées de salicylate de méthyle.

4° Les injections sont faites en moyenne 3 fois par jour.

Le sous-nitrate de bismuth en suspension dans le mélange est destiné à lui donner une consistance légèrement pâteuse, afin qu'une partie du liquide injecté reste dans le canal, après l'évacuation du trop plein.

Vu le petit nombre de ses essais, *une dizaine* seulement, M. le Dr Duquaire formule, avec une certaine réserve, les conclusions suivantes qui pourront être modifiées à la suite d'essais ultérieurs.

1° Les uréthrites aiguës à gonocoques, arrivées à la période de maturité (3e à 6e semaine), et les uréthrites chroniques à gonocoques exemptes de complications sont rapidement guéries par le traitement ;

2° Dans les uréthrites aiguës à gonocoques avant la période de maturité, on observe assez rapidement la disparition des gonocoques, puis l'écoulement devient muqueux, puis cesse ;

3° Dans les uréthrites à gonocoques et à streptocoques à la fois, on observe d'abord une amélioration légère, coïncidant avec la disparition des gonocoques, puis l'état reste stationnaire ;

4° Les uréthrites à streptocoques ne sont nullement améliorées par les injections de salicylate de méthyle ;

5° Les injections sont toujours très bien supportées et ont même une influence heureuse sur les douleurs de l'inflammation qu'elles suppriment. Il n'y a que dans certains cas, d'ailleurs assez rares, d'acuité extrême, où toute injection, de quelque nature qu'elle soit, serait contre-indiquée, qu'il convient de s'abstenir jusqu'à ce que les phénomènes inflammatoires soient entrés en décroissance.

M. Duquaire propose, dans les cas d'inflammation suraiguë, de faire des applications externes d'une pommade au salicylate de méthyle ; on en étendrait une couche sur la face inférieure de la verge, en ayant soin de la recouvrir d'une enveloppe imperméable.

Il a lieu de penser qu'en raison de la situation superficielle du canal à ce niveau les vapeurs de salicylate traverseraient aisément sa paroi, et qu'à leur effet analgésique habituel s'ajouterait probablement une action curative vis-à-vis de l'écoulement.

Enfin, l'efficacité de l'agent qu'il préconise lui inspire une telle confiance qu'il ne croit pas impossible d'obtenir la guérison de la blennhorragie en une seule séance.

Il aurait recours pour obtenir ce résultat à une injection suffisamment prolongée de salicylate de méthyle pur ou en solution très concentrée, qui serait faite par le médecin lui-même, sous anesthésie générale. Il ajoute, et on ne peut que le louer de cette réserve, qu'il ne la tentera chez l'homme qu'après s'être assuré par des expériences sur des animaux de l'innocuité d'un semblable procédé.

J'ai tenu à vous exposer un résumé aussi exact que possible du travail de M. Duquaire. Il serait téméraire de ma part de porter un jugement sur son procédé, attendu que je ne l'ai ni employé ni vu employer; le principe de sa méthode est logique et séduisant; toutefois, on ne pourra juger de son efficacité qu'après une expérience suffisamment prolongée.

Du reste, notre confrère reconnaît que le nombre de cas qu'il a soignés n'est pas suffisant pour lui permettre de poser encore ses conclusions fermes et sans appel.

Il a voulu surtout prendre date.

Son travail est original et conçu dans un véritable esprit scientifique.

M. le Dr Duquaire est ancien externe et interne provisoire des hôpitaux de Lyon.

Il a choisi comme sujet de sa thèse inaugurale : *De l'hystéropexie abdominale antérieure comme traitement de certaines salpyngites*, et a obtenu la mention : *bien*. Il est l'auteur d'un procédé de pansement aseptique et extemporané destiné à mettre à l'abri les plaies de guerre dans le service de l'Armée.

Les noms de ses parrains : notre Secrétaire Général, M. le Dr Jullien, et M. le Dr Viennois, de Lyon, sont une garantie de son honorabilité. Je suis donc persuadé que la Société de Médecine de Paris sera heureuse de compter M. le Dr Duquaire au nombre de ses membres correspondants.

Les conclusions favorables du rapport sont adoptées; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Buret. — **Rapport sur la candidature de M. Zambaco-Pacha, au titre de Membre correspondant national.** Messieurs, dans la dernière séance, notre Secrétaire général nous a lu, au nom du Dr Zambaco, médecin au Caire, les principaux passages d'un travail de candidature au titre de Membre correspondant national de notre Société. Je rapellerai brièvement en quoi consiste l'intéressante communication de notre confrère, laquelle a pour titre : *L'Antiquité de la syphilis*. L'auteur, qui est un partisan convaincu de l'ancienneté de cette maladie trop connue, commence par nous donner un exposé des preuves les plus convaincantes étayées soit sur les découvertes anthropologiques, soit sur les textes des historiens etpoètes de l'antiquité et du moyen-âge. M. Zambaco, acceptant nos arguments, nous a fait l'honneur de nous citer et a donné en quelque sorte un résumé succinct des deux volumes que nous avons publiés sur ce sujet en 1890 et 1894 (1).

(1) F. Buret. *La syphilis chez les anciens* ; Paris 1890. — *Le « gros mal » du moyen-âge*; Paris 1894.

Toutefois parmi les preuves que nous avons fait valoir en faveur de l'existence de la syphilis en Europe avant la découverte de l'Amérique, il en est une que notre savant confrère récuse complètement. Il s'agit du cas d'un des personnages représentés par Mathias Grünewald, dans sa Tentation de Saint-Antoine : ce tableau, dont nous possédons la reproduction photographique, a été peint vers la fin du xve siècle et se trouve actuellement au Musée Schœngauer, à Colmar (Alsace). Le Dr Larger, de Maison-Laffitte, à l'obligeance de qui nous devons cette photographie, a vu le tableau lui-même à Colmar, sa ville natale. Or, pour lui, l'un des personnages est porteur de gommes syphilitiques à toutes les phases de leur évolution et « tellement typiques qu'on les croirait peintes d'après nature ». La photographie du tableau permet de voir ces mêmes gommes et nous avons partagé, en 1894, l'opinion du Dr Larger à cet égard. « Grünewald, faisions-nous observer, a certainement fait poser pour son tableau un malade atteint du *feu St-Antoine* » (1). Charcot, qui a consacré au personnage de Grünewald une description intitulée : *Les syphilitiques dans l'art* (2), est également d'avis que les lésions figurées par le peintre étaient dues à la syphilis. Une planche accompagne l'article de Charcot : c'est une fort mauvaise reproduction d'un coin du tableau où se trouve le damné figurant l'affreuse maladie de l'époque (xve siècle). Toutefois on peut reconnaître — ce qui serait impossible sur notre photographie trop petite — le moignon gauche, les trois doigts de la main droite et les pieds d'oiseau palmés. M. Zambaco se base sur cette description de Charcot pour y voir la lèpre mutilante.

C'est, en effet, plus rationnel, car il nous semble que la syphilis n'ampute pas fréquemment les doigts ou même une main tout entière. Charcot a peut-être été un peu téméraire lorsqu'il s'est écrié à ce propos (3) : « Qui pourrait se tromper à l'aspect de ces lésions et quelle autre maladie pourrait les produire si ce n'est la syphilis ? » Il avait oublié la lèpre, tout simplement. Quant aux petites tumeurs, que l'on n'aperçoit pas sur la planche trop noire de la Nouvelle-Iconographie, elles sont très nettes sur la photographie que nous possédons. Nous avouerons que nous sommes toujours bien tenté d'y voir des gommes syphilitiques. Les lésions de la face, la destruction d'une partie du nez, notamment, peuvent également cadrer avec la syphilis. Mais, d'un autre côté, nous accordons que la lèpre mutilante a pu produire les amputations observées. Les pieds d'oiseau palmés étaient, comme le fait justement remarquer M. Zambaco, une sorte de symbole de la lèpre ; car la patte d'oie était le signe distinctif des lépreux, exigé par les règlements du temps. Nous voilà donc en présence de deux opinions contradictoires, pouvant toutes deux se défendre. Or, qui a raison, de Charcot ou de M. Zambaco ? Nous croyons, en toute sincérité, qu'ils ont raison tous les deux et nous allons essayer de le démontrer.

Lorsque, en 1893, nous eûmes terminé nos recherches sur la pathologie du moyen âge, notre conclusion fut que, de tous temps, même dans l'antiquité la plus reculée, la lèpre et la syphilis avaient toujours été confondues. M. Zambaco est un partisan déclaré de cette opinion, et,

(1) *Le gros mal*, page 140.
(2) *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*; 1888, p. 258.
(3) *Loc. cit.*

ns le travail que nous analysons à ce moment même, se ouve cette phrase qui ne permet pas d'en douter : « La lèpre et la syphilis, dit-il, parfois si identiques dans leurs manifestations, ont toujours été confondues ensemble ; d'où vient que l'on attribuait à la lèpre ce qui appartenait à la syphilis (1). » Nous pourrions ajouter : « et ciproquement ». Or, nous donnons raison à M. Zambaco rsqu'il dit que Grünewald a voulu représenter un lé-eux ; nous lui donnons tort s'il soutient ou se croit obligé soutenir, par cela même, que la destruction du nez les pustules et tumeurs du tronc et des membres de-ient fatalement être attribuées à la lèpre. Nous approu-ns Charcot diagnostiquant la syphilis à propos de ces rnières lésions ; nous ne pouvons plus le suivre lorsqu'il nne les mutilations des doigts ou de la main entière mme une preuve évidente de vérole. Mais, me direz-vous, admettant que chacun ait raison pour la moitié des lé-ons figurées sur le personnage de Grünewald, pour uelle maladie allez-vous opter ? Je n'opte pas, j'adopte, et meure convaincu, jusqu'à preuve du contraire, que le intre a voulu représenter un *lépreux*, selon l'expression temps, et qu'il a voulu réunir, sur son sujet, tout ce ue l'on connaissait de plus épouvantable comme symp-mes correspondants à l'étiquette *lèpre*. Mais la syphilis, rez-vous encore, vous l'écartez ? Attendez un peu. Il ne ut pas perdre de vue que Mathias Grünewald vivait tre 1460 et 1530, ce qui veut dire qu'il a dû composer n tableau à une époque où la syphilis était à peine con-ue en tant que nouvelle entité morbide ; à une époque les expressions de *lèpre*, *mal des ardens*, *feu Saincte-ntoine*, etc., servaient à désigner les affections épouvan-bles du tégument externe, parmi lesquelles dominaient lèpre véritable et par-dessus tout la syphilis. Ce qui le rouve, c'est que les 19.000 léproseries de l'Europe, dont 000 pour la France seulement, se vidèrent comme par achantement, et que les syphilitiques, libérés dès qu'on e les appela plus lépreux, se mirent à courir le monde. n ne peut pas admettre, en effet, qu'un nombre de ma-des dits incurables, suffisants pour remplir 19.000 laza-ets, aient guéri du jour au lendemain ou se soient éva-orés en quelques semaines.

Notre conclusion sera donc que Grünewald a été cher-her dans une léproserie divers types de maladies repous-antes pour composer son personnage. A l'un, lépreux éritable, il a pris les lésions mutilantes des doigts et des embres ; à l'autre, syphilitique — affection dominante, — a emprunté les accidents cutanés de la syphilis tertiaire ; eut-être même a-t-il peint un lupus vorax pour les lésions e la face, car son personnage n'a pas le masque léonin. nfin nous restons convaincus quand même, sans imposer outefois notre opinion, que l'auteur a voulu représenter n type de feu Saint-Antoine — ce qui était de circons-ance, — et qu'il a été prendre, sur divers sujets atteints e maladies différentes, des lésions qu'il croyait, lui, être es symptômes les plus terribles d'une seule et même affec-ion. Nous ne pouvons pas demander à un peintre, mort lepuis trois siècles et demie, un diagnostic plus rigoureux que celui de Charcot qui vécut à une époque beaucoup plus oisine de la nôtre.

Nous arrivons à la partie la plus importante du travail de notre confrère. En 1890 (1), nous basant sur quelques passages du papyrus Ebers, nous émettions l'avis que certaines descriptions devaient se rapporter à la syphilis : toutefois les termes étaient trop obscurs pour que nous pussions l'affirmer. Le doute n'est plus possible aujourd'hui, car M. Zambaco nous apporte la preuve tangible, irréfutable. C'est d'abord la photographie d'un crâne trouvé dans les sépultures d'Abydos. M. Zambaco a pris la peine de faire dessiner une gravure du Traité de Chirurgie de MM. Duplay et Reclus et que ces auteurs donnent comme type de gomme osseuse du crâne : or, le dessin représentant la lésion récente et la photographie du crâne d'Abydos semblent calqués l'un sur l'autre ; nous sommes donc forcés de reconnaître que ces lésions, à plus de trois mille ans de distance, ont eu la même origine pathologique. La nécropole d'Abydos, d'après les égyptologues, a 3.600 ans d'âge ; le papyrus Ebers remonte au règne de Rhamsès II Meïa-moun, plus connu sous le nom de Sésostris, qui vécut il y a 3.300 ans ; nous étions donc autorisé, dans notre étude sur l'Égypte, à soupçonner la syphilis dans les vagues descriptions médicales de cette lointaine époque.

En outre du crâne dont nous venons de parler, le Dr Fouquet, qui dirige les fouilles d'Abydos, découvrit un squelette entier dont la plupart des os, surtout ceux des membres, étaient le siège d'hyperostoses et d'exostoses poreuses. Les tibias présentaient aussi des stalactites osseuses ; la pièce dont M. Zambaco nous envoie la photographie est constituée par le tibia et le péroné soudés ensemble par des ostéophytes encore une fois identiques à ceux qui sont reproduits dans le traité de MM. Duplay et Reclus. La preuve est donc faite en ce qui concerne la vieille Égypte.

M. Zambaco nous signale encore des ostéites syphilitiques observées sur des crânes provenant des léproseries du moyen-âge et notamment de celle de Montpellier. L'auteur conclut comme nous, à savoir que la confusion a existé de tout temps entre la lèpre et la syphilis et que cette dernière a été masquée neuf fois sur dix, au moyen-âge, par une étiquette qui ne lui appartenait pas.

Telle est, messieurs, la précieuse contribution qu'apporte notre distingué confrère à la science rétrospective. Permettez-moi de vous donner maintenant quelques renseignements biographiques sur le Dr Zambaco : ses titres scientifiques étant connus de tous, je serai très bref.

M. le Dr Zambaco porte un nom Génois et est d'origine Grecque, mais il est citoyen Français. Ayant fait ses études médicales à notre Faculté, il devint interne des hôpitaux de Paris, fut même interne de Ricord en 1853 à l'hôpital du Midi. Depuis il a publié de nombreuses brochures et des ouvrages dont l'un des plus importants est son livre : *Voyage chez les lépreux*, paru en 1891. Citons encore *La lèpre en Turquie*, communication faite à l'Académie de médecine de Paris le 13 août 1889 ; *La Notice bibliographique sur Ricord* (1890) ; *Les lépreux de la Bretagne* (1892) ; *Les lépreux ambulants de Constantinople* (1893) ; *La valeur du bacille de Koch*, communication faite à la Société Impériale de médecine de Constantinople le 2 février 1894 ; *Lèpre et syphilis*, communication faite au Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, tenu à Londres en août 1896. Tous ces travaux sont empreints

(1) Zambaco-Pacha. *L'Antiquité de la syphilis* (*France médicale*, déc. 1897).

(1) *La syphilis chez les anciens*, p. 90 et suiv.

d'un unique souci : le triomphe de la vérité. Depuis dix-sept ans, notre confrère étudie la lèpre sur place : tout le monde connaît ses travaux sur la lèpre en Bretagne et dans le Béarn ; il a démontré que la plupart des cas décrits sous les noms de maladie de Morvan, de syringomyélie, étaient en réalité de la lèpre mutilante. Il serait trop long de vous énumérer toutes les communications de grande valeur que M. Zambaco a faites dans les diverses sociétés savantes d'Europe et dans les Congrès : vous les connaissez d'ailleurs.

Après avoir exercé la médecine pendant de longues années à Constantinople où le Sultan l'éleva à la dignité de Pacha, M. Zambaco est allé habiter le Caire où il continue ses recherches scientifiques. J'ajouterai que le Dr Zambaco-Pacha est Officier de la Légion d'honneur, grand Officier de l'Osmanié et du Medjidié, Commandeur de Ste-Anne, membre associé national de l'Académie de médecine de Paris et membre correspondant de l'Académie de Saint-Pétersbourg. C'est une bonne fortune pour notre groupe de posséder dans son sein un savant de cette valeur : je vous proposerai donc, au nom de la Commission, de recevoir M. le Dr Zambaco-Pacha comme Membre correspondant national de la Société de médecine de Paris.

Les conclusions favorables du rapport sont adoptées ; l'élection aura lieu dans la prochaine séance.

M. Albert Weil. — *Traitement galvanique et guérison d'un cas d'œdème éléphantiasique des membres inférieurs. Présentation de la malade.* (*Sera publié*).

M. Siredey. — *Des complications de l'éruption galeuse. Présentation d'un moulage.* (Voir ci-dessus, p. 759).

La séance est levée à 5 h. 45. Brossard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 novembre 1897. — Présidence de M. Delens.

Le Président annonce la mort de M. Tarnier et lève la séance en signe de deuil.

F. Verchère.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(*11e session, tenue à Paris du 18 au 23 octobre 1897.*)

(*Suite* (1).

Sur les contusions de l'abdomen. — M. A. Demons (de Bordeaux), rapporteur. (*Suite.*)

Quel est le viscère lésé? — Je dois me contenter pour chaque organe d'une légère esquisse.

Estomac. — Coup habituellement violent dans la région épigastrique ou dans l'hypocondre gauche. Shock ordinairement marqué. Douleur vive assez bien limitée. Hématémèses plus ou moins abondantes qui peuvent cependant manquer. Vomissements répétés, ou efforts infructueux de vomissements, ou bien ni vomissements ni efforts. Emphysème sous-cutané (rare).

Intestin. — Coup violent, ou en apparence modéré, notamment quand le corps confondant est étroit, sur tous les points de la paroi abdominale, particulièrement en avant sur les côtés. Shock accentué, médiocre ou nul. Douleur très variable, profonde, parfois hyperesthésiée Delorme). Hématémèses ou selles sanglantes (très rares). Ventre tendu, dur, ou au contraire légèrement ballonné et souple, quelquefois sans modification appréciable. D'autres fois, le ballonnement est considérable, on trouve partout de la sonorité, et la matité hépatique disparaît derrière les gaz sortis de l'intestin et accumulés au-devant du foie.

Mésentère épiploon. — Mêmes causes que ci-dessus. Shock modéré. Douleur médiocre. Signes d'hémorragie interne si des vaisseaux importants ont été intéressés. Lésions confondues d'habitude avec celles de l'intestin.

Foie. — Coup violent sur la base du thorax, l'hypocondre droit, ou la région épigastrique, ou bien sur un autre point plus ou moins éloigné du tronc ; ou encore, chute d'un lieu élevé sur la tête, les pieds, le siège (choc indirect). Shock souvent prononcé, manque rarement Souvent symptômes d'hémorragie interne. Douleur ordinairement vive dans la région hépatique, s'irradiant quelquefois vers l'épaule droite, ou le creux épigastrique, peut manquer. Respiration difficile et courte. Ictère rare.

Voies biliaires. — Coup habituellement violent dans l'hypocondre droit. Shock marqué, manquant quelquefois. Douleur vive au niveau du point frappé, Vomissements, ballonnement léger.

Pancréas. — Coup violent dans la région. Shock prononcé. Glycosurie?

Rate. — Coup violent dans l'hypocondre gauche ou à la base du thorax du même côté, très rarement à droite. Shock accentué. Douleur vive. Signes d'hémorragie interne. Dans certains cas, matité considérable (épanchement de sang) avec refoulement du diaphragme et dyspnée.

Reins. — Coup violent dans la région lombaire ou dans le flanc. Shock accentué ou moyen. Douleur lombaire d'intensité variable, se propageant le long de l'uretère et de la cuisse. Parfois rétraction des testicules. Hématurie presque constante. Oligurie et même anurie quelquefois. Tuméfaction limitée (hématonéphrose) ou un peu diffuse (épanchement de sang) dans la région rénale.

Uretère. — Coup violent dans la région. Shock marqué. Douleur lombaire vive. Exceptionnellement, hématurie légère ou oligurie.

Vessie. — Coup violent dans la région hypogastrique ou sur le pubis. Shock manque assez souvent. Rétention d'urine. Ténesme. Urine sanguinolente retirée en petite quantité par le cathétérisme. Tuméfaction hypogastrique simulant la vessie, située au-devant de ce réservoir, symétrique ou non, Douleur d'intensité variable *in situ*.

Utérus. — Coup violent direct ou indirect chez une femme enceinte ou portant des fibromes utérins. Shock quelquefois absent. Douleur vive. En cas de grossesse, quelquefois coliques utérines et commencement de travail. Métrorragie et symptômes d'hémorragie interne manquant habituellement. Forme et volume de l'utérus conservés dans certains cas. Le plus souvent, constatation de la tumeur fœtale dans le ventre, hors de sa cavité naturelle.

Gros vaisseaux. — Coup violent. Symptômes d'hémorragie interne.

Diaphragme. — Pression violente sur la base du thorax ou la partie supérieure de l'abdomen. Shock prononcé.

(1) Voir *France Médicale*, nos 43 et 46, 1897.

douleur vive, dyspnée. Coexistence habituelle de nombreuses lésions d'autres organes. Quelquefois, on trouve l'estomac dans la plèvre gauche.

Nerfs (plexus solaire). — Coup violent, d'ordinaire sur une surface assez large, dans les régions épigastrique ou ombilicale. Shock accentué, quelquefois subitement ou rapidement mortel).

Péritoine. — Coup assez violent. Shock modéré ou nul. Douleur moyenne. Symptomatologie effacée ou confondue avec celle des lésions viscérales.

Kystes de l'ovaire, du foie, etc. — Coup violent ou même léger. Shock modéré ou nul. Douleur légère. Disparition plus ou moins rapide et plus ou moins complète de la tumeur qui est remplacée par une ascite. Symptômes d'hémorragie interne rares.

Tumeurs solides diverses. — Coup violent ou modéré *in situ*. Shock modéré ou nul. Douleur plus ou moins vive. Rarement symptômes d'hémorrhagie interne.

Le diagnostic précoce repose sur une association de signes dont le faisceau devient plus ou moins lumineux selon diverses circonstances qui tiennent à leur nombre, à leur netteté, à leur valeur propre. La localisation du coup porté et de la douleur a d'abord une importance capitale; la constatation d'un shock évident a bien son prix, les symptômes locaux et généraux d'une hémorrhagie interne donnent des indications précieuses et enfin l'apparition de certains phénomènes personnels, pour ainsi dire, à la lésion de tel ou tel viscère est susceptible d'éclairer singulièrement l'observateur.

Il serait dangereux de se dissimuler qu'il y a toute une série, malheureusement trop vaste, de faits beaucoup moins clairs, où le jugement s'asseoit péniblement ou demeure forcément suspendu. Ces faits sont de plusieurs ordres. Nous avons d'abord ceux dans lesquels d'autres traumatismes, parfois multiples, à grand tapage, contemporains de la contusion de l'abdomen, détournent vers eux et absorbent l'attention (fractures du crâne, de la colonne vertébrale, des membres, etc.), Il y a aussi des faits plus fréquents où le même coup, la même chute, a intéressé simultanément un ou plusieurs viscères de l'abdomen, et des os des organes voisin (os iliaques, côtes, poumons, etc.). Une confusion regrettable peut s'établir au détriment de la contusion abdominale.

A côté de ces erreurs, dont un examen minutieux ferait sans doute diminuer le nombre, on voit des faits véritablement troublants. Des contusions, des déchirures, des ruptures peu étendues ou peu profondes, néanmoins sérieuses, se traduisent souvent par un ensemble symptomatique, Il est probable que beaucoup de blessés, qu'on a vus guérir spontanément après avoir reçu un coup fort, avaient ainsi une déchirure superficielle du foie ou de la rate, une éraillure du péritoine, une contusion sans plaie de l'intestin, et même une ou plusieurs petites perforations oblitérées naturellement par des mécanismes que nous connaissons bien.

Quelle est exactement la lésion du viscère intéressé? Cette question se mêle et se confond maintes fois avec la précédente ; toutefois elle possède une évidente individualité.

C'est sur la connaissance certaine, probable, ou présumée, de la nature, du siège, de l'étendue de la lésion, que sont basés principalement le pronostic et le traitement. Il nous est moins utile de savoir que l'intestin, la vessie, etc., ont été touchés que d'apprendre s'ils sont simplement contusionnés ou largement ouverts.

Quant à discerner le siège précis de la lésion sur un organe donné, c'est une entreprise qui rencontre bien des obstacles.

Y a-t-il plusieurs viscères intéressés? Nous savons parfaitement que cette coexistence est commune, et il n'est pas douteux qu'à tous les points de vue il serait utile de la reconnaître. On y peut réussir en enregistrant les symptômes particuliers à chaque organe, à la condition qu'ils diffèrent d'un organe à un autre.

Pour arriver à la vérité en face de tant de cas douteux, que pouvons-uous faire?

Attendre, en étudiant la marche des événements, que des éclaircissements nous en viennent?

Provoquer par certaines manœuvres l'apparition de symptômes révélateurs?

Ou bien ouvrir le ventre pour regarder ce qui s'est passé dans sa cavité?

A. *Marche.* — Voulue par le chirurgien ou imposée par les circonstances, l'expectation a permis de suivre l'évolution des contusions de l'abdomen et d'en examiner les symptômes dits *consécutifs*. Que nous apprend-elle?

Les cas se divisent en plusieurs catégories, en prenant pour point de départ la classification pratique de Moty, qui nous paraît bonne.

Il y a d'abord les cas légers qui restent légers jusqu'à la fin. Ils correspondent sans doute soit à de simples atteintes de la paroi, soit à des contusions viscérales superficielles, soit peut-être, mais plus rarement, à des déchirures minimes bientôt cicatrisées.

Il y a des cas légers dans les premiers moments qui, au bout d'un temps variable, après quelques heures, plusieurs jours et même des semaines, deviennent graves. Ils sont relatifs à des déchirures vasculaires momentanément oblitérées, laissant plus tard le sang couler dans le ventre ou un caillot migrateur remonter jusqu'au cœur. Plus souvent, il s'agit de petites lésions s'infectant à un moment donné, avec tout l'appareil des suppurations splanchniques (abcès du péritoine, du foie, du rein, du pancréas, etc.).

Il y a des cas moyens qui, plus ou moins vite, deviennent définitivement légers. Il y a des cas moyens qui s'aggravent sensiblement, puis tout rentre dans l'ordre. Il y a des cas moyens qui deviennent, à un moment donné, tout à fait sérieux pour les mêmes raisons et de la même manière que les cas légers signalés plus haut. La proportion en est naturellement plus grande. Il y a des cas moyens qui, devenus légers, s'aggravent finalement.

Il y a des cas graves au commencement, des cas bien faits pour justifier toutes les craintes, ou, plus ou moins rapidement, une amélioration se montre, s'accentue jusqu'à la guérison. Le shock alarmant s'évanouit, l'hémorragie intense s'arrête, la déchirure se comble, la perforation s'oblitère, l'inflammation s'apaise. C'est le triomphe des optimistes.

Il y a des cas qui, graves tout d'abord et devenus légers et rassurants, retrouvent à une époque ultérieure leur gravité première atténuée ou exagérée.

Que faire alors pour établir un diagnostic précoce?

B. On a songé à employer *certaines manœuvres* consis-

tant principalement en introduction de liquides ou du gaz dans les cavités dont il s'agit de reconnaître la rupture.

Ne serait-il pas plus sûr d'ouvrir le ventre ?

C. Par la *ponction exploratrice* on peut trouver :

a. Du sang épanché et non reconnu par la palpation. Mais ce moyen est infidèle et n'est pas sans inconvénient.

b. Des liquides ou des gaz sortis de leur réservoir : bile, urine, etc. La ponction a donné assez fréquemment de bons résultats dans les cas de rupture de la vésicule quelque temps après l'accident. Dans un cas de rupture de l'estomac. Mickuliez fit dans l'abdomen une ponction qui donna issue à des gaz sentant l'alcool.

c. Plus tard, de la sérosité, du pus du sang.

Si la ponction exploratrice peut être quelquefois avantageuse, son utilité reste limitée.

D. L'incision abdominale, la *laparotomie exploratrice*, paraît plus séduisante. Il y a, néanmoins, un premier point sur lequel tout le monde s'entend, c'est que la laparotomie exploratrice doit être rejetée dans les deux cas extrêmes où la contusion est indéniablement et en tout point très légère et où elle est, d'autre part, tellement violente, que le sujet est mourant. C'est sur cette utilité et sur ces degrés, que les meilleurs esprits sont encore divisés.

Traitement. — *Traitement médical.* — Il consiste en un ensemble de moyens destinés à combattre les accidents généraux du shock et de l'hémorragie intense s'ils existent, à calmer la douleur présente, à immobiliser de toutes manières la région frappée ou les organes atteints, dans le but de favoriser la guérison naturelle, de prévenir les complications et enfin de les guérir si elles viennent à se produire. Stimulants, diverses injections de serum, d'éther ou de caféine, repos absolu, diète, glace intus et extra, opium sous toutes ses formes, médications variées en rapport avec les états morbides constatés, telles en sont les principales bases.

En face d'un shock très grave ou devant un cas très léger, nous sommes unanimes à l'employer. Nous avons réussi, les uns et les autres, à obtenir ainsi la cure de déchirures assez étendues du foie, de la rate et surtout du rein. Mais l'accord cesse aussitôt en présence des cas douteux. Les partisans ardents de cette manière d'agir affirment qu'elle suffit amplement à donner des résultats très satisfaisants, alors même qu'il y avait lieu de penser à l'existence d'une lésion viscérale assez sérieuse. Les chirurgiens militaires, surtout dans ces derniers temps, ont publié quantité d'observations de ce genre dont on doit tenir grand compte. Je ne le crois pas. Je fais le plus grand cas des statistiques publiées, Mais, vraiment, après avoir consulté celle de Chavasse, si alarmante, et d'autres plus récentes qui tendraient à nous rassurer presque absolument, après avoir parcouru plusieurs centaines d'observations, après avoir réfléchi à ce qu'on a vu soi-même, on arrive à cette conclusion qu'un grand nombre de blessés ont succombé, malgré l'emploi correct du traitement médical.

Expectation armée. — Peut-on compter sur cette méthode mixte par laquelle on se propose, aussitôt qu'apparaissent les signes démonstratifs d'une lésion viscérale reconnue par tout le monde comme incurable par les moyens médicaux, d'adopter hardiment le traitement chirurgical ? L'expérience démontre que ces signes révèlent, non pas la lésion elle-même, mais bien des complications déjà survenues ; que, par exemple, ils indiquent une péritonite plutôt qu'une perforation intestinale. Et la chirurgie, qui eût possédé quelque puissance pour prévenir ces accidents graves, n'a plus qu'un faible pouvoir pour les combattre.

Traitement chirurgical. — Théoriquement, la laparotomie se présente à nous avec tous les caractères d'une intervention satisfaisante pour l'esprit. Autant que possible elle doit être précoce. Le meilleur moment pour agir est celui qui sépare les phénomènes primitifs des phénomènes consécutifs. Cet intervalle de calme relatif entre la lésion elle-même et les complications dont elle est l'origine, cet intervalle existe habituellement, plus ou moins marqué, plus ou moins long. C'est l'occasion favorable qu'il faut saisir par les cheveux. En général, c'est dans les vingt heures après l'accident que se trouve l'instant propice. Nous voyons un bon nombre de faits dans lesquels les laparotomies exécutées dans les premières heures qui suivirent l'accident ont été couronnées d'un succès qu'on n'aurait probablement pas obtenu au bout de dix à vingt heures. On peut donc affirmer, dès aujourd'hui, que la laparotomie immédiate est encore préférable. Débarrassée des cas dans lesquels la laparotomie ayant l'air d'être précoce n'a été en réalité que retardée, la statistique deviendra meilleure, et l'écart encore trop faible entre les mortalités appartenant à chaque série augmentera notablement. Je ne vois qu'une contre-indication formelle à la laparotomie immédiate, mais elle est positive, c'est l'existence d'un shock tellement grave que le patient ne pourrait pas supporter le traumatisme chirurgical. On agira quand les forces seront relevées.

Quant à la laparotomie tardive, très tardive si l'on veut, ultérieure, consécutive, s'adressant à des accidents survenus à une époque reculée, kystes, abcès, rétrécissements intestinaux, etc., elle ne comporte pas de divergences sérieuses et ne doit pas arrêter pour le moment notre attention.

(*A suivre*).

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Concours d'agrégation de pathologie interne et de médecine légale. — Ce concours s'ouvrira le 13 décembre prochain, à midi, à la Faculté.

Juges : MM. Bouchard, président, Potain, Laboulbène, Cornil, Proust, de Paris ; Arnozan, de Bordeaux ; Combemale, de Lille ; Bard, de Lyon ; Carrieu, de Montpellier.

Juges suppléants : MM. Raymond, Hutinel, Marie, Gilbert, de Paris.

Sont admis à prendre part à ce concours pour treize places :

Académie d'Alger. — M. Crespin (Marie-Louis-Joseph), Lille et subsidiairement Montpellier, Toulouse et Nancy.

Académie de Bordeaux. — MM. les Drs Cabannes (Camille-Isidore), Bordeaux et subdisiairement Facultés des départements. — Carrière (Georges-Léon), Bordeaux, Toulouse, Lille, Montpellier. — Hobbs (Joseph-Lincoln). — Lamacq (Jean-Epiphanie-Lucien), Bordeaux, — Matton (Louis-Auguste-René), toutes les Facultés.

Académie de Lille. — MM. les Drs Déléarde (Albert-Eugène). — Patoir (Jules-Gérard), Lille.

Académie de Lyon. — MM. les Drs Chatin (Paul-Marie-Fran-

;ois), Lyon. — Courmont (François-Paul), Lyon. — Frenkel Henri-Louis), Lyon et subsidiairement Facultés des départements. — Lyonnet (Barthélemy-Gabriel-Joseph). — Nicolas Guillaume-Joseph-Marie. — Paviot (Jean-Marie). — Pic Ferdinand-Adrien), Lyon. — Roux (Jean-Joseph), Lyon et subsidiairement les autres facultés.

Académie de Montpellier. — MM. les Drs Vedel (Marie-Jean-Victor). — Vires (Joseph-Guillaume-Norbert), Montpellier.

Académie de Paris. — MM. les Drs Aviragnet (Pierre-Charles-Eugène). — Barbier (Charles-Henry). — Besançon (Fernand Jules-Félicien). — Boix (Emile-Théodore-Victor-Pierre). — Boulloche (Pierre-Louis). — Bruhl (Isaac). — Charcot (Jean-Baptiste-Étienne-Auguste). — Claisse (Marie-Paul). — Courtois-Suffit (Maurice-Edme-Alphonse). — Dupré (Ferdinand-Pierre-Louis-Ernest). — Gaston (Louis-Paul). — Gouget (Etienne-Albert-Auguste). — De Grandmaison de Bruno (Marie-Emmanuel-Gabriel). — Jeanselme (Antoine-Edouard). Legry (Théophile-Jules). — Lesage (Adolphe-Augustin). — Lion (Gaston-Camille). — Méry (Charles-Henri-Joseph). — Mosny (Ernest). — Papillon (Gustave-Ernest). (M. Papillon est inscrit sous la réserve qu'il produira le diplôme de docteur en médecine le jour de l'ouverture du concours.) Parmentier (Jules-Emile-Louis). — Du Pasquier (Charles-Eugène). — Péron (Albert-Pierre-Noël). — Raymond (Paul-Hippolyte). — Renault (Jules). — Rénon (Louis-Pierre). — Roubinovitch (Jacques). — Sallard (André-Léon-Marie). — Sergent (Emile-Eugène-Joseph). — Souques (Alexandre-Achille-Cyprien). — Springer (Maurice-Louis). — Teissier (Pierre-Joseph). — Thiroloix (Jules-Alexandre). — Vaquez (Louis-Henri). — Veillon (Jean-Michel-Constantin-Adrien), Paris. — Legrain (Léonce-Charles-Emile), Facultés des départements.

Académie de Toulouse. — MM. les Drs Baylac (Joseph-Sylvain). — Daunic (Joseph-Henri-Paul), Toulouse.

Hôpitaux de Paris. — Sont nommés pour trois ans, à dater du 1er décembre 1897, chargés de cours annexes de clinique, les médecins et chirurgiens des hôpitaux dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu : MM. Ferrand, Gingeot, Polaillon.

Charité : MM. Gouraud, Campenon.

Pitié : MM. Robin, Faisans.

Necker : MM. Rendu, Huchard, Cuffer, Barth.

Boucicault : M. Letulle.

Cochin : MM. Chauffard, Schwartz, Quénu.

Beaujon : MM. Fernet, Troisier, Anger.

Laënnec : MM. Oulmont, Merklen, Reclus.

Lariboisière : MM. Duguet, Dreyfus-Brisac, Tapret, Peyrot.

Saint-Antoine : MM. Gaucher, Monod, Blum.

Saint-Louis : M. Richelot.

M. Sevestre est chargé pour trois ans, à dater du 1er décembre 1897, d'un cours annexe de clinique (service de la diphtérie) à l'hôpital des Enfants-Malades.

Hôpital Boucicaut. — M. le Dr Marchand est chargé du service chirurgical.

Collège de France — Le Dr Charrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, appelé à remplacer, cette année, le professeur d'Arsonval à la chaire de médecine du Collège de France, commencera son cours le mercredi 8 décembre, à cinq heures du soir, et étudiera « les défenses de l'organisme ».

Faculté de médecine de Paris. — Hôpitaux de Paris. — Sont nommés au laboratoire de clinique médicale (Hôtel-Dieu) :

1° Chef de laboratoire : M. Du Pasquier, en rempl. de M. Caussade.

2° Chef des travaux chimiques : M. Apert, en rempl. de M. Du Pasquier.

Visites de nuit. — Dans sa séance du 19 novembre, le Conseil municipal de Paris a voté pour les secours médicaux de nuit une somme supplémentaire de 1.885 francs, nécessaire à l'unification du prix des visites des médecins. Cette demande était justifiée par l'écart considérable qui existe entre le prix de la visite d'un quartier à l'autre.

Maison de Nanterre. — Concours pour l'admission à quatre emplois d'interne en médecine et en chirurgie a la Maison départementale de Nanterre, qui seront vacants le 1er janvier 1898. — Un concours sera ouvert, le 15 décembre 1897, à la Maison départementale de Nanterre, pour l'admission à quatre emplois d'interne en médecine et en chirurgie qui deviendront vacants dans cet établissement le 1er janvier 1898.

Traitement annuel : 1.200 francs, plus une indemnité de 1.080 francs.

Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire à la préfecture de police (service du personnel, caserne de la Cité). Le registre d'inscription sera ouvert le 25 novembre 1897, à 10 heures du matin, et clos définitivement le 10 décembre suivant, à 4 heures.

Les candidats devront remplir les conditions suivantes : 1° être français ; 2° être âgés de moins de 28 ans ; 3° être pourvus d'au moins 12 inscriptions en médecine justifiées par un certificat de scolarité de date récente ; 4° n'être pas reçus docteurs en médecine.

Ils devront adresser au préfet de police une demande sur papier timbré et y joindre un extrait authentique sur timbre de leur acte de naissance, un extrait du casier judiciaire remontant à moins d'un mois, les pièces établissant leur situation au point de vue militaire, une notice indiquant leurs titres scientifiques ou hospitaliers.

Le concours qui aura lieu à la Maison départementale de Nanterre, comprendra deux séries d'épreuves : 1° épreuves d'admissibilité ; 2° épreuves définitives.

A. *Épreuve d'admissibilité.* — Le candidat examinera, *sous les yeux de ses juges*, deux malades, l'un de médecine, l'autre de chirurgie, *chacun pendant dix minutes.* Il écrira son diagnostic, son pronostic et son traitement. Il exposera ensuite de vive voix les raisons qui l'ont guidé. L'exposition pour chacun des deux malades ne devra pas dépasser dix minutes.

L'épreuve sera évaluée en chiffres (20 points au maximum pour chaque malade).

Le nombre des candidats admissibles pour l'épreuve définitive sera double du nombre des places vacantes.

B. *Épreuve définitive. — Cette preuve comprendra* : 1° une question d'obstétrique (30 points au maximum) traitée en cinq minutes après cinq minutes de réflexion ; 2° la rédaction de deux ordonnances, l'une de thérapeutique infantile, l'autre de thérapeutique sénile (10 points pour chacune au maximum).

Les candidats seront classés par ordre de mérite ; dans le classement *ex-æquo*, il sera tenu compte des titres.

A la suite de ces candidats un certain nombre d'autres candidats pourront être présentés pour les fonctions d'in-

terne provisoire. Ces derniers pourront être appelés, le cas échéant, à remplacer les internes.

Les internes seront nommés pour un an. Ils pourront être maintenus pendant une deuxième année sur la proposition des médecins et du chirurgien de la Maison départementale de Nanterre et sur l'avis du directeur de la Maison.

Une statue à Guy Patin. — Dimanche a eu lieu dans une petite commune du département de l'Oise, à Hodenc-en-Bray, sous la présidence de M. Chevallier, député, une conférence du Dr Coquerelle, de Beauvais, sur « les démêlés de Théophraste Renaudot et de Guy Patin ». Cette conférence avait pour but de servir de préface à un projet d'érection d'un monument à Guy Patin, originaire de cette commune où il est né en 1601.

Un saint médical. — Parmi les nouveaux saints promus aux honneurs du calendrier par le pape, le jour de l'Ascension, se trouve un médecin.

Saint Antoine Maria Zacaria naquit à Crémone en 1503 et étudia la médecine à l'Université de Pavie, où il reçut le diplôme de docteur.

Il exerça la profession parmi les pauvres de sa ville natale et mourut en 1563.

Les médecins avaient déjà comme représentants sanctifiés dans le calendrier saint Luc, saint Côme et saint Damien. (*Bull. de l'œuvre des enfants tuberculeux*).

Société de médecine de Nîmes. — La Société de médecine de Nîmes dans sa séance du 9 novembre dernier, s'est occupée de l'affaire Laporte qui intéresse si vivement le Corps médical, et a pris à l'unanimité la résolution suivante :

« La Société de médecine de Nîmes adresse au Dr Laporte l'expression de sa sympathie : proteste contre l'arrestation de ce confrère à l'occasion d'un acte opératoire, contre la détention préventive dont il a été l'objet ; félicite le professeur Pinard de son attitude énergique, et déclare s'associer à la souscription destinée à la défense de nos droits contre l'arbitraire des parquets et des tribunaux.

La somme de 50 francs est votée par la Société sans préjudice de ce que pourra voter le Syndicat. »

A propos de l'affaire Orgeas, tout en réservant d'une manière absolue le fond du débat, la Société de médecine a pris la résolution suivante :

« La Société de médecine de Nimes s'étonne que les confrères n'apportent pas leurs dissentiments devant le Conseil de famille ou le Conseil du syndicat médical qu'une affaire intéressant deux docteurs ait pu être portée à plusieurs reprises devant les tribunaux sans que ceux-ci aient cru devoir en référer au syndicat médical ou le consulter ; proteste contre la prison préventive et regrette que le Dr Orgeas ait été traité par la justice avec une rigueur excessive. »

« Les résolutions seront communiquées à la Presse locale et aux principaux organes médicaux de Paris et de la Région. »

Souscription Laporte (3e *liste*).

Le Dr Drouin, Le Mans	5 fr.
Le Dr B. Ladroitte, Brunoy	5 fr.
Le Dr Deléage, Vichy	5 fr.
Le Dr Mauduit, Paris,	5 fr.

Nécrologie. — Le Dr Cosseret, de Digoin (Saône-et-Loire), reçu en 1866. — Le Dr Desmoulins, de Toulon, reçu en 1883. — Le Dr Descamps, de Noisy-le-Grand (Seine-et-Oise), reçu en 1876. — Le Dr Dupont, de Triel (Seine-et-Oise), reçu en 1878. — Le Dr Combes, de Saint-Mandé, reçu 1872. — Le Dr Chevreau, de Champigny-sur-Veude (Saône-et-Loire). — Le Dr Evanno, de Nesles-la-Vallée (Somme). — M. le professeur Tarnier, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, ancien président de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, est mort mardi dernier à l'âge de 70 ans.

La mortalité à Paris. — Pendant la quarante-sixième semaine, du 14 au 20 novembre 1897, le service de la statistique a compté 886 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine dernière 865 et à la moyenne 847.

Les maladies épidémiques sont plus rares (16 au lieu de 13 et de la moyenne 30), la fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de la moyenne 7, la rougeole 5 au lieu de 4 et la moyenne 5, la coqueluche 2 au lieu de 3 et de la moyenne 3, la diphtérie 3 au lieu de 3 et de la moyenne 12.

Il n'y a eu de décès ni par typhus, ni par scarlatine.

On a signalé 2 décès par influenza et 1 par variole (le premier depuis le 1er juin).

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 23 décès au-dessous de 1 an au lieu de la moyenne 32.

En outre 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 133 décès (au lieu de 114 pendant la semaine précédente et au lieu de 107, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 23 décès (au lieu de la moyenne 17 ; bronchite chronique 24 décès (au lieu de la moyenne 27) ; bronchopneumonie, 40 décès (au lieu de la moyenne 29) ; pneumonie 46 décès (au lieu de la moyenne 34). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 46 décès, dont 29 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 161 décès au lieu de la moyenne 184 ; la méningite tuberculeuse, 20 décès ; la méningite simple, 12 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 21 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 76 décès, et les maladies organiques du cœur, 59 ; le cancer a fait périr 63 personnes. Enfin, 27 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 18 suicides, et 10 autres morts violentes.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

NUTRITION DES ENFANTS. Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*